

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 138

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS
ENTRE
CERTAINS ÉTATS GYNÉCOLOGIQUES
ET LES ÉTATS MENTAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1909
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Louise LEMBERT

Née le 19 Novembre 1876, à Lyon,
Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon,
Ex-Interne de l'Asile de Bron et de la Clinique de Psychiatrie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL . 4

—
Juillet 1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 138

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS

ENTRE

CERTAINS ÉTATS GYNÉCOLOGIQUES
ET LES ÉTATS MENTAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Louise LEMBERT

Née le 19 Novembre 1876, à Lyon,

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ex-Interne de l'Asile de Bron et de la Clinique de Psychiatrie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président*; J. LÉPINE, *Assesseur*;

MM. LAROYENNE et BRETIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Je dédie ce travail, qui m'ouvre la carrière médicale, à la mémoire de mes parents, dont le souvenir et l'exemple m'ont appris l'énergie et le devoir. Celui de mon père me guidera dans l'exercice de sa profession.

En terminant nos études, nous voulons remercier ceux de nos maîtres qui nous ont aidée et guidée, pendant leur durée. A ce titre, notre reconnaissance appartient surtout à M. le professeur Lépine, qui fut un de nos premiers maîtres, et dont la bienveillance ne s'est pas démentie, et à M. le professeur agrégé J. Lépine qui, depuis le commencement de nos études jusqu'à nos derniers examens, a été pour nous plus qu'un maître. Nous gardons le meilleur souvenir à M. le professeur Jaboulay qui, après avoir été notre premier maître à l'hôpital, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous remercierons vivement M. le professeur Pierret qui fut pour nous, pendant notre séjour dans son service, un maître bienveillant et dont les leçons nous furent précieuses. Nous devons à M. le Dr Quincieu nos connaissances gynécologiques, et nous nous rappelons avec la plus vive gratitude son enseignement amical et patient.

Il a bien voulu, ainsi que M. le Dr Violet, nous donner des observations pour cette thèse, et nous n'oublions pas cette complaisance. Nous avons été aux hôpitaux l'externe de M. le professeur Poncet et de M. Nové-Josserand : nous nous rappelons avec plaisir le temps passé dans leur service et leur enseignement, ainsi que celui de M. le Dr Delore.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS
ENTRE
CERTAINS ÉTATS GYNÉCOLOGIQUES
ET LES ÉTATS MENTAUX

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons suivi pendant une année environ, d'une façon assidue, le service de M. le professeur A. Pollosson, et nous y sommes revenue très fréquemment pendant deux autres années. Les trois dernières années de nos études se sont passées à l'asile d'aliénés de Bron, où nous avons été l'interne de M. le professeur Pierret et de M. J. Lépine. Pendant notre séjour à la Charité, nous avons été, entre autres choses, très frappée par les modifications qu'une très grande quantité de malades accusaient, d'elles-mêmes, dans leur caractère et rattachaient nettement au début de leurs lésions, et cela, même dans les cas où elles ne s'exagéraient nullement la gravité de leurs lésions, où leurs tristesses, leurs états d'irritabilité ou de dépression ne pouvaient pas être rapportés à l'impression vraie ou fausse d'un danger vital. Presque toutes ces malades se plaignaient d'être devenues irri-

tables et tristes ; d'aucunes faisaient des phénomènes de neurasthénie ou des symptômes analogues. D'autres enfin — les plus rares certainement — échafaudaient des idées délirantes plus ou moins accentuées. M. le D^r Quincieu, avec lequel nous travaillions habituellement, insistait souvent sur cette question.

A notre arrivée à l'Asile, notre attention était donc déjà attirée sur cette influence des lésions gynécologiques sur l'état mental des malades, et nous devions fatalement être amenée à observer, à ce point de vue spécial, ce qui se passait autour de nous. Nous y avons été d'autant plus intéressée que M. le professeur Pierret, qui fut notre maître à la clinique, insistait à son tour sur l'importance de l'état génital des aliénées et nous invitait fréquemment à en tenir le plus grand compte.

Personnellement, il nous paraissait intéressant d'étudier dans quelle mesure et de quelle façon ces lésions agissaient sur l'état mental de nos malades. Au début, nous fûmes un peu surprise. Souvent les malades nous arrivaient avec une psychose trop avancée pour qu'on puisse bien en dégager l'origine, ou la lésion gynécologique avait été tellement reléguée à l'arrière-plan par le développement des troubles mentaux qu'il fallait un incident, souvent imprévu, pour nous faire songer à cette lésion. C'est qu'en effet ces malades sont vues, au début, dans l'immense majorité des cas, par le gynécologue, et ne viennent à l'Asile que beaucoup plus tard. Ce sont des malades de clientèle et de consultation gratuite au moins aussi souvent que des malades qu'on hospitalise ; ce sont des malades graves, à inter-

ner, seulement assez tard, car elles font rarement des accidents brusques et bruyants pouvant amener un internement rapide. De plus, les examens gynécologiques ne sont pas toujours faciles chez les malades d'asile, malades souvent méfiantes, impressionnables, et au sujet desquelles on n'a pas toujours les renseignements désirables, ce qui restreint considérablement le nombre des observations qu'on peut utiliser.

D'assez nombreux auteurs se sont jusqu'à présent préoccupés de cette question et ont discuté l'influence réelle de ces lésions. Gynécologues et aliénistes s'en sont inquiétés depuis assez longtemps, à divers points de vue, et leurs conclusions ne concordent pas toujours ; des opinions diverses ont été émises et, si nul ne songe actuellement à nier la possibilité, dans certains cas, d'une influence plus ou moins grande des lésions des organes génitaux de la femme sur son état mental et nerveux, c'est à peu près le seul point sur lequel on soit tout à fait d'accord. Ce n'est pas que des travaux très sérieux n'aient été faits, mais, malgré ces travaux, l'accord est loin d'être complet sur tous les points. Certains auteurs ont considéré comme très grande l'influence dont nous parlons, d'autres la croient rare. Les rapports de la neurasthénie avec les états gynécologiques ont été bien étudiés et, soit pour la neurasthénie, soit pour d'autres états mentaux, plusieurs hypothèses pathogéniques ont été émises. Certains ont préconisé le traitement de la lésion gynécologique et lui croient une influence sur l'état mental, d'autres le jugent inutile ou dangereux.

Notre intention n'est pas de reprendre tout ce qui a été fait sur la question. Quoique le dernier mot soit loin d'être dit sur elle, elle est déjà beaucoup trop considérable pour que cela ne représente pas le travail de plusieurs mois et ne dépasse de beaucoup le cadre de notre étude. Nous voulons seulement rapporter les quelques observations que nous avons pu rassembler sur ce sujet et nous demander dans quelle mesure il semble qu'on doive tenir compte de l'état gynécologique dans les états mentaux et admettre son influence sur ces états ; quel rapport il peut y avoir entre la nature et la gravité des lésions gynécologiques d'une part et, d'autre part, la gravité et l'orientation du délire, la cause de ce rapport, enfin dans quelles mesures on doit admettre l'opportunité du traitement de ces lésions.

Il est bien évident que nous parlons seulement ici de gynécologie proprement dite, laissant de côté tout ce qui a trait aux périodes physiologiques de la vie sexuelle de la femme : puberté, menstruation, grossesse, puerpéralité, allaitement et ménopause ; il s'agit exclusivement de lésions pathologiques de l'utérus et de ses annexes.

Nous laisserons aussi de côté, pour d'autres causes, les états inflammatoires aigus, comme par exemple les débuts de blennorragie, dans lesquels il faut compter avec la fièvre, etc... Nous aurons ici seulement en vue les lésions gynécologiques chroniques ; troubles de la statique de l'appareil génital, lésions cicatricielles, lésions inflammatoires chroniques et tumeurs.

Nous traiterons d'ailleurs brièvement le rappel des

travaux antérieurs les plus importants et celui des théories pathogéniques ; nous entendons en effet avant tout faire une étude clinique, l'étude approfondie de la pathogénie étant beaucoup trop compliquée et difficile à résoudre pour rentrer dans le cadre d'une étude aussi modeste.

CHAPITRE PREMIER

Nous ne voulons pas remonter à l'antiquité, où nous retrouverions des conceptions trop fantaisistes relativement à des faits déjà remarqués, ni aux conceptions plutôt étranges du moyen âge. Nous ne nous occuperons que de l'époque moderne où l'on trouve seulement des travaux donnant une idée scientifique des faits.

Parmi les anciens aliénistes, Pinel remarquait déjà, sans d'ailleurs s'y étendre beaucoup, que les états génitaux avaient une influence sur l'état mental des malades.

Plus tard, Voisin, à propos des phénomènes mentaux dus à la douleur dans les différents organes, parle de douleurs clitoridiennes ayant amené du délire de persécution. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, de malades de gynécologie, il n'y avait pas de lésions utéro-annexielles.

Le même auteur cite deux ou trois observations de métrite catarrhale, dont une chez une femme ayant eu plusieurs années auparavant des accidents mentaux d'origine puerpérale. L'une d'elles fit de la démono-

pathie, l'autre du délire hypocondriaque à la suite d'hydrométrie : toutes deux guérissent après opération.

Esquirol avait signalé des faits, ainsi que Guislain (prolapsus utérin, idées de suicide, guérison par simple pessaire), Luys (observation communiquée, délire consécutif à un polype utérin et guérison après ablation), Ball et bien d'autres. Plus tard, Bazin, Azam étudièrent à nouveau la question.

Mais, c'est surtout depuis vingt-cinq ans environ, que la question semble, après être restée un certain temps sinon oubliée, du moins relativement négligée, préoccuper de nouveau non seulement les aliénistes, mais encore certains gynécologues. Les classiques des deux spécialités en font mention et on considérerait sûrement, de la part de l'auteur d'un traité, comme une faute de n'en pas dire un mot. De nombreux travaux particuliers ont paru depuis ce temps.

C'est ainsi que, parmi les auteurs classiques, Régis discute la question des rapports entre les lésions de l'appareil génital de la femme et les états mentaux, admettant une influence certaine dans des cas qu'il croit rares, mais qu'il ne songe pas à nier ; influence qui d'ailleurs est tantôt déterminante, tantôt simplement adjuvante ; il estime pourtant que, dans la plupart des cas, il n'y a là qu'une coïncidence. G. Ballet discute aussi la question et restreint plus encore le rôle de ces lésions, ne l'admettant qu'à titre exceptionnel. D'autre part, Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur *Traité de gynécologie*, admettent nettement cette influence.

Parmi les travaux particuliers, nous devons signaler dès 1885, un article de Wigglesworth dans *The Journal*

of Mental Science de Londres (Ou uterine disease and Insanity) article qui comprend une assez longue statistique, faite sur des malades d'asile et contenant des cas avec autopsie. Cet auteur conclut nettement en faveur d'une influence fréquente et souhaite qu'on s'accoutume à traiter ces lésions, dans le cas où on les considère comme causales, soit d'une façon sûre et déterminante, soit simplement d'une façon probable ou adjuvante.

En 1897, Siredey, dans un article du *Journal de Médecine et de Chirurgie* et dans l'édition du *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, qui parut l'année suivante, étudie la neurasthénie utérine ; il indique la possibilité du rapport de cause à effet, signale ce fait intéressant que la gravité des lésions n'influe pas sur l'état mental et que des malades atteintes de lésions légères et chroniques de l'utérus et des annexes sont souvent plus touchées mentalement que des malades porteurs de lésions graves ou aiguës. Il met ses lecteurs en garde contre les tendances opératoires trop accentuées et surtout contre les ablations d'annexes.

En 1898, Souleyre, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris, reprend d'une façon très complète cette étude. Il conclut à une action qu'il étudie soigneusement et à un traitement plutôt médical que chirurgical, généralement local, et mentionne le massage.

Enfin, M. Picqué, dans une série de travaux parus depuis une quinzaine d'années, a étudié de très près les lésions gynécologiques chez les aliénées. Il leur attribue une très grande importance et admet que la lésion causale, lorsqu'elle est nette, doit être traitée comme si

la malade n'était pas aliénée, estimant qu'il est toujours utile de supprimer une cause de douleur ou de trouble physique et affirmant que l'état mental est souvent amélioré.

CHAPITRE II

Si nous examinons de près les cas que nous venons de citer, nous constatons qu'il n'y a dans tout ceci pas ou presque pas de lésions silencieuses; dans l'immense majorité des cas, on a des phénomènes fonctionnels très nets, quoiqu'il s'agisse souvent de lésions peu graves. Ce sont chez deux femmes, dont une est vierge, des douleurs clitoridiennes violentes, que la malade finit par attribuer à des influences ennemies. C'est une femme, ayant eu des grossesses antérieures, qui, à la suite d'une hydrométrie amenant de l'aménorrhée et de l'augmentation de volume du ventre, se croit enceinte à nouveau, et cela depuis 42 mois (!). Elle s'inquiète de la longueur de cette grossesse, ce qui est assez naturel, et fait du délire hypocondriaque. C'est un prolapsus utérin qui amène des troubles fonctionnels, de la gêne, des douleurs, etc., et qui provoque ainsi un état nerveux aboutissant à des idées de suicide; ce sont des métrites catarrhales amenant des douleurs intenses, des pertes qui inquiètent les malades. Dans tous ces cas, le traitement causal fait disparaître le délire. Si nous étudions les cas rapportés dans la thèse de Souleyre, en éliminant ceux dus à la puerpéralité et

à la ménopause, nous trouvons encore une très grande majorité de lésions douloureuses de l'utérus ou des annexes, inflammations légères, chroniques, parfois simples déplacements, mais donnant des symptômes de compression, douleurs, troubles de la miction, de la défécation, hémorragies, etc., ovaires prolabés, utérus rétroversés ou rétrofléchis, etc. En somme des symptômes subjectifs très nets. De plus, dans tous ces cas, ces lésions se sont développées habituellement sur un terrain prédisposé et c'est le cas de répéter que les causes occasionnelles de la névrose ou de la folie n'agissent vraiment que chez les prédisposés, du moins quand il s'agit d'autre chose que de simple nervosisme ; nous verrons plus loin que souvent, à notre avis, un état nerveux relativement léger peut se développer chez des gynécologiques sans prédisposition spéciale, mais alors on n'arrive pas à des cas d'une gravité très grande.

Chez d'autres malades, il s'agit de troubles post-opératoires, souvent développés plusieurs semaines après l'intervention et dont on ne peut pas accuser le choc opératoire. Il s'agit le plus souvent de castrations. Là, de nombreux facteurs peuvent être invoqués. On connaît l'influence désastreuse qu'a eue souvent la castration, nous y reviendrons plus loin.

Les études de M. Picqué portent surtout sur des cas chirurgicaux. Presque toutes ses malades présentent également des troubles douloureux ou fonctionnels ; il en est pourtant quelques-unes dont la lésion ne semble pas influencer le délire et chez qui pourtant l'intervention a donné de bons résultats. M. Picqué considère

comme très grande l'influence des états gynécologiques et s'appuie sur ses résultats opératoires, car il est très interventionniste, à condition toutefois qu'il y ait une indication gynécologique précise. Pour lui, il faut traiter les gynécologiques, comme si elles n'étaient pas mentales. Il s'élève également contre les médecins qui voient dans l'état mental une contre-indication à toute intervention chirurgicale et contre ceux qui ont proposé, à la suite de préoccupations gynécologiques ou de troubles fonctionnels d'enlever, comme traitement de l'état mental, des organes sains. Il ne s'occupe qu'à peine du traitement non opératoire. Ses études portent entièrement sur des malades d'asile.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée)

(Clinique de psychiatrie. Service de M. le professeur Pierret.)

Persécutée. — Chirurgicale.

C..., mariée, trente-quatre ans. Amenée à l'Asile sur le conseil des D^{rs} Lépine et Violet.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, rien qu'un peu d'anémie vers dix-huit ans.

Réglée à treize ans, régulièrement depuis.

Mariée à vingt-neuf ans, pas d'enfant, pas de fausse couche avérée; cependant elle dit avoir eu, la deuxième année de son mariage, un retard de trois mois et, quand les règles sont revenues, elle a perdu beaucoup. Injections ordonnées par une accoucheuse.

Depuis, fréquemment souffrante : douleurs, pertes blanches. La malade a été soignée dans le service de M. le professeur A. Pollosson. On a diagnostiqué une rétroversion et mis un anneau. Puis, il y a trois ans, castration dans le service.

Depuis six mois environ, hallucinations auditives et idées de persécution. Dans la rue, on lui parlait pour la presser. Chez elle, il semblait que les habitants de l'étage supérieur lui envoyaient une odeur qui l'endormait. Elle n'y voyait

plus clair et, quand elle voulait sortir, ne pouvait plus marcher. Elle n'entendait pas parler la nuit mais ne pouvait dormir et était obligée de marcher dans sa chambre. Il lui semblait qu'au-dessus on tournait quelque chose comme une manivelle, mais elle ne s'explique pas quoi, « ça l'affaiblissait dans les jambes et dans les bras ».

En somme, idées de persécutions non systématisées, interprétations délirantes, illusions, peut-être hallucinations.

Quelques jours avant l'entrée, dit qu'elle avait peur de tout. Ne pouvait dormir, croyait voir du sang, croyait que le chat allait la mordre.

Nie tout excès alcoolique.

A l'Asile, voit où elle est, se rend compte qu'elle n'est pas normale, mais ne se rend pas compte de la raison qui l'a fait amener.

Etat un peu confus, facies mélancolique, pleure facilement, pas d'idées délirantes à base mélancolique, pas d'idées d'indignité ou de suicide.

Somatiquement. — Sommet droit suspect, foie petit, rien aux autres organes.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION II (résumée).

(Clinique psychiatrique. Service de M. le professeur Pierret.)

B..., quarante et un ans, mariée.

La malade est une paralytique générale typique. Elle est porteur d'une salpingite double qui ne l'inquiète pas autrement. Elle ne présente pas d'inquiétudes d'ordre génital. Elle a un délire typique de paralysie générale, mégalomaniaque et incohérent. Elle ne s'occupe de questions génitales que pour vanter ses qualités à ce point de vue spécial. Elle est démente et euphorique.

Il va sans dire que nous ne rapportons pas cette observation pour nous demander si la lésion gynécologique a

provoqué la paralysie générale, mais nous tenons à faire remarquer qu'elle n'a, en aucune façon, modifié l'orientation du délire.

OBSERVATION III (personnelle).

(Asile de Bron : Service de M. le Dr Lépine.)

Folie puerpérale. — Hérité considérable. — Erotisme.
Annexite légère, non douloureuse.

B..., sans profession, trente-huit ans.

Entrée à l'Asile en avril 1903, après un séjour très court dans un autre Asile d'où elle a été directement transférée.

Hérité très considérable ; plusieurs personnes de sa famille sont plus que bizarres.

Mariée et malheureusement ; quatre enfants, tombée malade deux mois après la naissance du dernier qu'elle allaitait. Avait eu à ce moment du surmenage et des contrariétés.

A l'entrée, était extrêmement érotique et excitée, au point que le personnel du service devait se défendre de ses tentatives. Était très incohérente et avait des hallucinations.

Pendant plusieurs années, est restée dans un état analogue, avec des alternatives peu marquées d'augmentation et de diminution de son excitation.

A partir de 1904, la malade commence à s'améliorer un peu d'une façon plus durable, son agitation et son érotisme vont en diminuant, quoique toujours très marqués ; elle reste toujours très incohérente, mais à ce moment-là travaille énormément dans le service. Elle fait le ménage, coud, joue du piano et fait bien ce qu'elle fait ; se met dans des colères violentes quand on veut l'empêcher de travailler, dans ces cas injurie et frappe. Elle est d'ailleurs extrêmement grossière dans ses colères. Elle ne frappe jamais spontanément. Elle a encore du lait en assez grande quantité, se fait d'ailleurs téter par un chat.

Les règles reviennent en 1908.

Cette malade a toujours eu un très bon état somatique et une résistance remarquable, n'étant jamais souffrante, quoique travaillant beaucoup et souvent d'une façon pénible (lavage et frotage des parquets) et mangeant, dès qu'on la perdait de vue, les choses les plus extraordinaires (rats et araignées vivants).

Elle ne s'est jamais plaint du ventre, et c'est tout à fait par hasard qu'on a été amené à faire le toucher. La malade, en effet, raconta un jour qu'elle s'était mis des morceaux de verre dans le vagin. Elle avait perdu une assez grande quantité de sang et on ne savait si c'était par les voies génitales ou par le rectum. On fit le toucher pour s'assurer du fait : on ne trouva ni morceaux de verre, ni érosions, mais on fut très étonné de trouver une masse molle assez volumineuse, très douloureuse qui semblait annexielle. La malade n'eut aucune réaction au moment où les doigts examinèrent cette masse. Malgré l'érotisme de la malade, elle ne fut pas sensiblement excitée par le toucher.

La seule médication qui l'ait un peu améliorée au point de vue mental a été la médication thyroïdienne.

En somme, lésion gynécologique très légère n'ayant jamais attiré l'attention en aucune façon, n'ayant jamais fait souffrir la malade, malgré les exercices fatigants auxquels elle s'est livrée, et dont on ignore la date de début. Ceci chez une malade atteinte d'un grand délire.

Il ne semble pas qu'on puisse établir le moindre rapport entre cette lésion et les troubles mentaux qui semblent dépendre exclusivement de la puerpéralité et des chagrins.

OBSERVATION IV

(Personnelle. Service de M, le Dr Jean Lépine.)

Hystérie ancienne, délire polymorphe et variable, hallucinations, légère déviation latérale de l'utérus avec un peu d'antécourbure, douglassite et annexite peu considérables.

B...., fille galante, trente-deux ans.

Fille naturelle, a des sœurs bizarres. Personnellement, réglée à onze ans et les premières règles ont été représentées par une métrorragie d'une quinzaine de jours. Vers treize ans et demi, connu à l'hôpital, où elle était entrée pour une maladie mal déterminée, un étudiant dont elle devint la maîtresse. Aurait fait à quatorze ans une fausse couche et eu consécutivement de la métrite qui aurait bien guéri. Depuis ce moment-là, a toujours été entretenue par un amant. Avoue avoir fait des excès éthyliques nombreux et prolongés. On ne sait si elle a eu la syphilis.

A été amenée à l'asile après avoir été arrêtée sur la voie publique où elle se jetait au devant des tramways. Conduite au poste, elle s'était complètement dévêtue, s'était emparée, pour jongler avec, de tous les objets qui lui tombaient sous la main (chapeau du médecin et sabre du gardien de la paix) et avait dit des incohérences.

A l'asile, phase de confusion qui laisse de l'amnésié. Puis, délire variable avec mégalomanie à peu près constante, excitation, idées délirantes multiples, de persécution, tout cela très incohérent et changeant d'un jour à l'autre. Elle est médium, elle fait des miracles, elle est la fille de la Patti, elle accuse le chef du service général dans lequel elle était d'abord entrée et où elle a passé quelques semaines, on la persécute parce qu'elle est la fille d'un grand personnage etc... etc. Elle a des hallucinations auditives nettes et des cauchemars souvent effrayants.

Somatiquement, elle est maigre, vieillie et fanée ; elle a

trente ans et en paraît quarante. Le poumon est douteux, le foie petit, l'estomac dilaté et abaissé.

Le ventre est assez souple et n'est douloureux dans aucune région.

L'examen gynécologique est fait parce que la malade se croit enceinte. On trouve un utérus non gravide, de dimensions normales, dévié à gauche (la corne droite est sur la ligne médiane); les ligaments de Douglas sont un peu douloureux; à droite, annexite légère haut située; dans le cul-de-sac postérieur, empâtement du tissu cellulaire.

Depuis l'entrée, la malade a eu des préoccupations hypochondriaques très variables, s'est beaucoup préoccupée d'un peu d'acné qu'elle attribuait à ce qu'on mettait des drogues dans ses draps, ou qu'on la faisait coucher dans des draps sales. A parfois pensé à nouveau à une grossesse, même quand elle venait d'avoir ses règles. Se plaint beaucoup de souffrir de la tête, s'est quelquefois plaint du ventre. Mais ses préoccupations hypochondriaques n'ont jamais dominé la scène.

On n'a pas fait de traitement gynécologique.

En somme, la malade a fait un grand délire en même temps qu'elle est porteur d'une lésion gynécologique. Mais elle a commencé avant quatorze ans, sans y être contrainte, à mener une existence anormale; cela avant toute lésion gynécologique. De plus, elle a eu de l'infection locale au moment de sa fausse couche, sans que son état mental en ait été autrement modifié. Enfin, à l'examen gynécologique, on trouve des lésions qui ont tous les caractères de lésions très anciennes et il semble que son état mental doive être attribué surtout à des excès de toutes sortes, auxquels elle se livre depuis longtemps et a d'assez gros soucis récents,

OBSERVATION V

Personnelle. — Clinique psychiatrique (service de M. le Dr Pierret).

Persécutée : on la magnétise. — Diminution de l'acuité visuelle et auditive. — Souffre du ventre. — Annexite, déplacement utérin. — Tuberculose pulmonaire et probablement annexielle.

G..., Marguerite, quarante et un ans, veuve, ménagère. Malade de petite taille, expression triste et un peu inquiète, pleurant facilement.

Répond bien, donne elle-même des renseignements.

Dans les antécédents héréditaires, à noter que la malade a eu douze frères ou sœurs, dont huit sont morts en bas-âge.

Personnellement, pas d'autre maladie de l'enfance ou de la jeunesse, que la rougeole avant huit ans.

Réglée à treize ans, depuis, régulièrement.

Mariée à vingt ans. — Trois enfants, dont l'aîné actuellement a vingt ans et le plus jeune douze. — Tous trois sont chétifs ; elle les a tous nourris.

Les couches ont été normales et la malade n'a pas eu de fausse couche.

Pas de signes de syphilis.

Le mari, qui avait de la bronchite chronique, est mort subitement et à ce moment on a parlé d'anévrysme.

La malade dit avoir eu un mariage heureux, mais d'autre part des renseignements venus de la famille nous apprennent que le mari buvait, était brutal et dépensait au dehors une grande partie de son gain. La malade aurait dû travailler beaucoup pour éviter les conséquences de l'inconduite de son mari et aurait été souvent, avec ses enfants, dans un état voisin de la misère, soit pendant la vie de son mari, soit après la mort de celui-ci. Le mari est mort, il y a douze ans, la malade était enceinte de son dernier enfant.

La malade a été traitée, de novembre 1903 à novem-

bre 1904, pour de la tuberculose pulmonaire, par des injections de cacodylate de soude.

Il y a quatre ans, étant concierge, elle fut poursuivie d'une façon tenace par les assiduités d'un locataire de la maison, qu'elle repoussa. Une tierce personne tenta d'amener le personnage à une demande en mariage, sans y parvenir. La malade n'apprit ces démarches que plus tard. Il continua à la harceler et, n'obtenant rien, se vengea en la faisant renvoyer. Le frère de la malade confirme ces détails.

Mais, à partir de son déménagement, elle semble avoir, sous l'influence de faits antérieurs exacts, imaginé de toutes pièces d'autres faits. Elle se croit poursuivie par celui qui a tenté de faire d'elle sa maîtresse, et par un petit groupe de ses amis. Elle voit son ennemi venir dans un entrepôt, situé au-dessous de son appartement. De plus, on la calomnie. Les personnes dont elle se plaint représentent un petit groupe nettement déterminé, composé de son persécuteur et de l'entourage immédiat de celui-ci. Elle ne se plaint ni des voisins, ni d'aucune personne n'appartenant pas à ce groupe.

Dit souffrir du ventre à droite, depuis dix-huit mois. Attribue cela à ce qu'on l'a magnétisée. En tout cas, elle n'indique aucune cause raisonnable de cette douleur, ni traumatisme, ni infections locale ou générale datant de cette époque.

Elle dit que sa vue baisse depuis quatre ans, son ouïe depuis quelques mois, sans qu'elle souffre.

Examen somatique. — Malade plutôt maigre et d'aspect chétif, de petite taille.

Poumon gauche. — Rien en avant; en arrière, respiration rude, expiration prolongée et soufflante. Pas de modification de la voix, ni de bruit surajouté.

A droite. — En avant, submatité, respiration rude, expiration prolongée soufflante, plus qu'à gauche en arrière. Résonance de la voix, vibrations augmentées. Rien en arrière.

Cœur. — Bruits un peu sourds, premier bruit prolongé, pas de bruit surajouté, rythme régulier.

Tension artérielle faible.

Abdomen souple. — Le foie semble normal. Rien à l'estomac.

Examen gynécologique. — Annexite droite occupant le cul-de-sac latéral droit et partie du cul-de-sac postérieur, pas très douloureuse. Utérus tiré à droite par les annexes malades.

Système nerveux. — Pas de troubles de la sensibilité. Pupilles égales réagissant bien. Réflexe rotulien un peu augmenté.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

En somme, délire de persécution, non systématisé, survenu à la suite de chagrins, chez une tuberculeuse. Il faut probablement incriminer l'intoxication tuberculeuse.

La malade attribue au magnétisme ses douleurs annexielles lesquelles sont dues probablement à une localisation de sa bacilliose.

OBSERVATION VI

(Personnelle. Service de M. le Dr J. Lépine.)

Hystérique, persécutée jalouse, incohérente, tendance à la mélancolie anxieuse. — Fibrome utérin.

C..., trente-huit ans, mariée, sans profession.

Entrée à l'asile en 1902. A ce moment, persécutée jalouse et impulsive, un peu mégalo-maniaque. En 1906, on note de l'agitation et de la loquacité. Depuis ce moment, le délire ne s'est guère modifié : elle est toujours persécutée, mégalo-mane, jalouse et incohérente, avec des moments d'excitation pendant lesquelles elle est très loquace, assez souvent insolente, crache parfois sur les assistants et tente de les frapper.

En août 1906, elle a une fois parlé de suicide.

Par moments, anxieuse.

Elle a eu, en 1906, des douleurs anales et la sensation de quelque chose de gros dans le ventre. Elle a dit avoir fait du sang. Elle a refusé de se laisser examiner. Quelques semaines plus tard, polyurie.

Depuis quelques mois, les règles de la malade sont beaucoup plus fréquentes. On a fait l'examen gynécologique, auquel la malade a fini par consentir, tout en protestant qu'elle ne souffre pas. On constate un utérus volumineux, bosselé, dur, placé en avant, d'une mobilité très normale. En somme, utérus fibromateux, rien d'annexiel.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Dr J. Lépine.)

Préoccupations hypocondriaques, mélancolie, idées vagues de persécution, tentatives de suicide. — Tuberculose probable. — Antéflexion utérine, annexite.

C..., vingt-huit ans, mariée, débitante.

Parents bien portants, un frère mort tuberculeux.

Personnellement, la malade a toujours été triste et nerveuse, n'a jamais eu d'affection aiguë, mais a eu autrefois des adénites cervicales. Depuis un an environ, tousse le matin en s'éveillant.

Il y a six ou huit mois, perte avec caillots après un retard des règles d'environ quinze jours. La malade, mariée depuis huit ans, n'avait eu jusqu'à ce jour ni accouchement, ni fausse couche. Au moment de cette perte, elle a beaucoup souffert du ventre.

Depuis quelques mois, voyant qu'elle toussait et impressionnée par la mort de son frère, mort tuberculeux, elle pensa qu'elle pouvait être tuberculeuse, se fit examiner par un médecin qui la rassura et lui donna des fortifiants.

Quelque temps après sa perte, fut examinée au point de vue gynécologique par un médecin qui attribua son état nerveux à ses lésions.

Depuis cette perte, la malade est devenue de plus en plus

triste. Elle a continué à craindre la tuberculose. De plus, elle s'est imaginée que les voisins disaient du mal d'elle à cause de cette perte, disant qu'on l'accusait d'avoir fait une fausse couche volontaire. Elle proteste d'ailleurs très vivement à ce point de vue. Elle semble d'ailleurs ne pas songer un instant qu'on peut supposer une fausse couche accidentelle et nie la fausse couche, en elle-même, comme si on devait l'en rendre responsable. Elle ajoute qu'elle aurait désiré un enfant, non pas d'une façon très violente, mais assez toutefois pour qu'on sente un certain regret de n'en pas avoir.

Depuis quelque temps, l'état mental s'est aggravé. La malade a fait des tentatives de suicide multiples, peut-être pas très sérieuses et avec un vague désir d'être arrêtée en route. Elle a emporté de l'argent de la caisse, caché des billets de banque dans son vagin et brûlé des papiers de famille. Quand on lui a demandé pourquoi elle avait dérobé de l'argent, elle dit que c'est parce que dans le corps de son mari était enfermé un autre être moral. Elle dit d'ailleurs que son mari semblait, ces derniers temps, être devenu plus différent pour elle.

Dans le service, elle a eu des hallucinations visuelles et auditives, elle a cru voir et entendre sa mère et son mari.

Elle a refusé de manger les premiers jours et on a dû la menacer de la nourrir à la sonde.

Elle est craintive, demande la protection de tout le monde, marmotte des prières et demande instamment à se confesser.

La mémoire est conservée, l'association des idées se fait assez bien, la malade n'est pas démente du tout.

Somatiquement. — Poumon douteux.

Examen gynécologique. — Utérus petit et antécourbé, sans douglassite; annexite légère latérale, un peu douloureuse. Les autres organes sont sains.

Est toujours un peu plus tourmentée et un peu plus confuse au moment des règles.

OBSERVATION VIII

Névropathie, anxiété légère, préoccupations hypochondriaques.
Utérine.

B..., Marie, cinquante ans, cultivatrice.

Père mort très âgé, cardiaque. Mère morte en quelques jours de maladie indéterminée. Deux sœurs et un frère bien portants.

Personnellement, rougeole et variole dans l'enfance, sans suites sérieuses.

Réglée régulièrement.

Mariée à vingt-quatre ans, mari bien portant.

Un enfant venu à terme, mort à deux ou trois jours. La malade avait vingt-six ans et c'était sa première grossesse.

Les premiers temps de son mariage elle avait eu quelquefois des retards, dont aucun de plus de quinze jours ou trois semaines. En somme, si elle a eu des fausses couches, toutes ont eu lieu avant deux mois.

Actuellement, est encore régulièrement réglée.

La perte de son enfant, tout en lui étant très pénible, ne semble pas avoir pris dans son esprit les proportions d'une catastrophe et il ne semble pas qu'on puisse, même de loin, y rattacher l'état actuel.

Il y a huit ans, appendicite non opérée, à la suite de laquelle la malade fit du pus par le rectum. La maladie avait duré plusieurs semaines, la malade ne fut tout à fait bien qu'au bout d'environ six mois. Depuis cette époque, a toujours souffert du ventre.

Elle avait eu, les premiers temps de son mariage, à la suite de discussions avec sa belle-mère, des troubles gastriques qui disparurent avec des douches. Depuis, souffrait parfois de l'estomac.

A été nerveuse toute sa vie.

Il y a quatre ans, perdit sa mère en quelques jours. Ce fut, dit-elle, la plus grande douleur de sa vie et une très

violente secousse nerveuse. Depuis cette époque, elle resta plus nerveuse, plus fragile et plus triste.

A l'automne 1907, l'état nerveux s'aggrave. La malade est examinée par un médecin qui prescrit du bromure et de la valériane. Elle continue ce traitement pendant trois mois sans interruption. Depuis, son appétit diminue et elle devient constipée.

En février, nouvel examen général et examen gynécologique. On trouve des adhérences et une déviation à droite de l'utérus. On fait des tamponnements et on met un pessaire. La douleur et la constipation ne cessent pas. La malade est examinée par M. le professeur A. Pollosson qui change l'anneau et parle de rétroversion.

Deux mois et demi avant d'entrer à l'asile, accident ressemblant à une indigestion ; la malade eut des accidents aigus avec fièvre, douleurs de la tête et du ventre : on pensa à une méningite ; la malade resta au lit un mois environ. Depuis, il s'est établi un état nerveux qui n'a fait qu'empirer et pour lequel on l'interne.

A l'entrée, elle a bâti un ensemble d'idées noires sur sa rétroversion et son état nerveux. Elle se croit perdue et supplie qu'on la tue, puisqu'elle est incurable. Elle est profondément convaincue de cette incurabilité et attribue ses douleurs et son état nerveux à sa rétroversion. Elle se trouve faible, maladroite, elle ne peut plus tenir sa tête, ses mains tombent, etc... Or, elle se sert de ses mains, peut-être un peu maladroitement, et se tient debout, tellement que, toute la journée, on ne peut la faire tenir tranquille. Elle dort mal, va et vient constamment. Elle est beaucoup plus tourmentée le matin, où on n'ose pas la laisser seule car elle a parlé de suicide. Elle explique qu'elle a des fourmillements, des picotements par tout le corps, qu'elle est faible et excitée à la fois et très tourmentée et qu'elle souffre du ventre.

Sauf ce fait, qu'elle revient toujours à son idée fixe de rétroversion, les opérations mentales se font très bien. La

mémoire est intacte, la malade donne elle-même des renseignements sur sa vie, sans jamais se contredire, ni se tromper. Elle raconte d'une manière un peu prolixe et diffuse, mais c'est tout et cela semble être le ton du milieu ; sa famille n'est ni plus concise, ni plus précise.

Pas d'hallucinations, pas d'illusions, pas d'autres idées délirantes que cette idée fixe de l'incurabilité de sa lésion. Elle ne raisonne pas cette idée d'incurabilité sur laquelle elle s'acharne.

Elle est triste jusqu'aux larmes, anxieuse, s'attendant à mourir d'un jour à l'autre, non parce qu'on lui en veut, elle n'est pas persécutée du tout, mais de sa maladie. « Elle n'en a pas pour longtemps » — « On verra bien demain », etc.

Pas de désorientation, ni dans l'espace, ni dans le temps.

Somatiquement : Allure déprimée, physionomie triste, par moments anxiété visible. Dit avoir beaucoup maigri.

Au cœur, souffle systolique de la pointe, rythme lent.

Ventre douloureux ; surtout à droite et dans toute sa hauteur, mais d'une façon différente. Dans la zone ovarienne, la pression donne une sensation d'étranglement qu'on n'a pas plus haut et qu'on retrouve atténuée à gauche. Dans le flanc et l'hypocondre droit, il s'agit de douleurs localisées en ces régions. Le ventre est très souple, le foie semble un peu petit.

Rien aux autres organes.

Pas de troubles de la sensibilité.

La force est conservée.

L'examen gynécologique, fait quelques jours après l'entrée, donne les résultats suivants : utérus en avant, à peine dévié à droite, mais les culs-de-sac sont pleins. Il y a à gauche une annexite assez volumineuse. A droite et en arrière, des masses inflammatoires, en partie annexielles, en partie celluleuses et on se demande si cette masse n'a pas de relations avec l'appendice et l'intestin. Dans le cul-de-sac postérieur, peut-être brides antéro-postérieures allant

de l'isthme du sacrum. En somme, douglassite légère, douleur quand on appuie sur les masses inflammatoires ou quand on veut tirer en avant le col utérin.

La malade se prête de mauvaise grâce à l'examen et ne s'est jamais prêtée à un traitement gynécologique.

Quelque temps plus tard, la malade imagine une autre idée fixe. Elle se met à attribuer au bromure qu'elle a pris une partie de son état nerveux. Puis peu à peu cette idée passe au premier plan, au détriment des préoccupations relatives à son état gynécologique. Peut-être cette idée lui est-elle un peu inspirée par son mari.

Plus tard encore, elle se met à faire des idées de persécution, sans aucun rapport d'ailleurs avec ses idées hypochondriaques. Elle prétend qu'on l'accuse de vol et de mensonge, qu'on va la mettre en cellule, la torturer, etc...

Elle a, dit-elle, entendu et compris ce que disaient les infirmières et s'attend aux pires choses. Elle est très anxieuse. Ses préoccupations hypochondriaques n'ont d'ailleurs pas diminué. Elle prétend vomir tout ce qu'elle prend, ce qui est inexact (elle n'a vomi qu'une fois depuis son entrée) et avoir beaucoup maigri depuis l'arrivée, ce qui n'est pas plus vrai.

Elle sort depuis, sans avoir été notablement modifiée.

En somme, délire hypochondriaque, ayant éclaté à la suite d'un accident aigu, sans gravité, chez une femme névropathe et déséquilibrée depuis longtemps. Délire orienté d'abord sur la lésion gynécologique connue de la malade, plus tard sur les effets du traitement suivi et auquel, plus tard encore, se sont surajoutées des idées de persécution.

Il est difficile de faire la part, dans les douleurs du ventre, de ce qui revient aux phénomènes génitaux et aux phénomènes digestifs, étant données d'une part

les lésions gynécologiques, dont on ignore la date de début et d'autre part la lésion appendiculaire. Plus difficile encore de faire la part de ces éléments dans la genèse du délire.

OBSERVATION IX

Persécution..— Lésion gynécologique.

A... Marie, trente-six ans, gantière. Entrée à l'Asile le 2 mars 1909.

La malade a été arrêtée sur un bas-port du Rhône. Elle parlait de se jeter à l'eau. Entre à l'Asile avec le diagnostic « Délire de persécution et hallucinations ». Antécédents héréditaires : Père mort à quatre-vingts ans d'une attaque, mère vivante, âgée, de soixante-treize ans, affaiblie ; a eu seize enfants dont cinq seulement vivants. Les onze autres sont morts avant l'âge de dix ans, de maladies diverses. On ne trouve pas dans les antécédents de tare mentale. Une sœur aînée a 8 filles, dont 6 sont mortes de « ménin-gite ».

Personnellement, pas de maladie dans l'enfance. Réglée à treize ans et demi, mariée, à vingt-huit ans, a eu l'année suivante une fillette morte à un mois « de la tête », dit la malade. Pas d'autre grossesse, pas de fausse couche.

Au bout de trois ans de mariage, son mari la quitte « parce que, dit la malade, sa fille d'un premier lit lui avait monté le coup contre elle ». Depuis, elle recevait une petite pension de 15 francs par mois de son mari. Depuis, elle n'a jamais voulu avoir de relations avec son mari, quoique celui-ci le lui eût demandé fréquemment. Il la menaçait, revolver sous le menton, pour la terroriser ; mais, dit-elle, « ne l'aurait pas tuée ». Quand il ne le faisait pas lui-même, il payait des femmes pour l'insulter : ces femmes disaient que c'était le mari qui les commandait. Quand elle passait, on lui disait : « Voilà la belle cornarde » ou

bien d'autres insultes : « La vieille sale » etc... Elle ne semble pas avoir eu d'hallucinations de la vue, du goût, de l'odorat ou de la sensibilité générale. Celles de l'ouïe sont probables.

Il y a environ trois ans qu'on lui adresse des insultes. Depuis, elle servait de garde-malade chez un paralysé. Elle entendait des personnes qui étaient à l'étage au-dessous et qui disaient « des tas de saloperies » sur elle et sur son malade.

Après la mort de celui-ci, elle est restée encore un mois chez lui, n'ayant pas d'autre domicile. Mise à la porte à la fin de février, elle passe trois jours à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Jaboulay, puis quatre jours à l'asile de nuit de Perrache et enfin désespérée et à bout de ressources, voulait se tuer quand elle fut amenée à l'asile.

Il y a quatre ans, elle a reçu, dit-elle, dans le corridor de sa maison, un coup de pied dans le ventre, d'un Italien qu'elle ne connaissait pas : « Il lui a donné sur le ventre, dit-elle, et c'étaient les femmes d'en bas au nombre de trois qui avaient monté le coup à cet homme pour faire ça. » Elle a eu, le lendemain, des métrorragies abondantes. Quelques jours après, elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, (service du D^r Villard) on lui a fait des injections seulement. Depuis cet accident, elle a toujours eu des règles irrégulières, venant toutes les trois semaines en moyenne, toujours très abondantes, durant souvent huit jours. Elle a aussi quelques pertes blanches, mais jamais bien colorées, sinon par le sang.

En mars 1908, nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu (salle Gensoul, D^{rs} Delore et Villard) pour des pertes abondantes. Séjour de six mois. Le D^r Delore lui fait un curetage vers le mois de juillet, mais les pertes ont continué comme avant. Le mois dernier, elle a perdu tout le mois.

A l'examen, on ne provoque de douleur que par la pression dans la fosse iliaque gauche.

La malade se plaint de tousser environ depuis six mois. Ces derniers temps, elle a vu quelquefois de petits filets de

sang dans ses crachats. Sonorité normale en avant et en arrière. Respiration obscure aux deux sommets en arrière.

Rien aux autres organes.

Pas d'alcoolisme, pas de syphilis probable.

Malade peu instruite, sait à peine écrire.

Examen gynécologique. — Très difficile en raison de la très grande sensibilité de la malade. OEdème de toutes les parois vaginales et l'utérus semble être rétroversé. La paroi postérieure du vagin est épaissie et douloureuse, au point qu'on ne peut même peser très peu sur le périnée, sans amener une violente réaction de défense qui n'est pas due à la mauvaise volonté, la malade se prêtant docilement à l'examen. Le cul-de-sac vaginal gauche et la fosse iliaque gauche sont très douloureux, soit qu'on touche, soit qu'on palpe. Malade à masser.

Urines : ni albumine, ni sucre.

En somme, malade bizarre. Depuis longtemps, ayant eu des ennuis nombreux, mentalement affaiblie et bien préparée à la persécution. On ne voit pas très bien la date précise de début des idées de persécution. Mais les hallucinations auditives ne datent que de trois ans et, depuis ce moment, les idées délirantes, si elles existaient auparavant, ont au moins beaucoup augmenté. Depuis quatre ans, la malade a des pertes abondantes et on sait combien les hallucinations et délires sont favorisés par des hémorragies répétées. De plus, depuis ce moment, la malade a aux organes génitaux une lésion douloureuse.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le Dr Violet).

Ptose abdominale, prolapsus, rétroversion, tristesse, idées de persécution et de suicide. — Troubles mentaux ayant disparu par la réduction des déplacements utérins et le port d'un pessaire.

R..., quarante-cinq ans.

Un enfant mort en bas âge.

Depuis longtemps, sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins. Depuis quelques mois, hémorragies menstruelles excessivement abondantes.

M. Violet est appelé chez cette malade, qui est au lit, incapable de se lever depuis quinze jours à trois semaines, et, depuis quatre ou cinq ans, se déclare incapable de sortir de sa chambre. On constate une ptose abdominale très marquée, un déroulement des parois vaginales, avec abaissement utérin considérable.

L'utérus est gros, congestif, le col est à la vulve, le corps est en rétroversion.

Cette malade a des idées noires, des idées de persécution, elle parle constamment de suicide. Il ne s'agit pas d'une excitée, mais d'une déprimée, chez laquelle les émotions intellectuelles ou sensitives sont très lentes et très faibles.

Après un traitement de trois semaines, on a vu cette malade renaître à la vie, à la grande joie de son entourage et venir à la Charité pour continuer à suivre son traitement. Elle a repris peu à peu du goût pour son intérieur et depuis elle a persisté à aller tout à fait bien. Elle attribue très nettement la guérison à ce qu'elle se sent bien soutenue par son pessaire (un gros pessaire en gimblette) et par sa ceinture. Depuis, ses hémorragies menstruelles sont redevenues normales, cette femme qui était restée pendant quinze jours à la limite d'un délire lypémanique va actuellement tout à fait bien.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le Dr Violet).

Rein mobile bien maintenu depuis longtemps par une ceinture. — Prolapsus utérin, rétroversion de l'utérus, cystocèle. — Agoraphobie. — Disparition de l'agoraphobie par la réduction de la rétroversion et du prolapsus. — Retour des troubles mentaux chaque fois que la rétroversion se reproduit et disparition de ces troubles chaque fois qu'elle est réduite.

Mme F..., quarante ans, Lyon. Cinq enfants, le quatrième il y a six ans, le cinquième il y a trois ans.

C'est depuis le quatrième enfant qu'elle a sa chute de matrice.

Troubles somatiques subjectifs. Lassitude facile. Amaigrissement.

Troubles gastriques : sensation de pesanteur après les repas.

Bouffées de chaleur. Palpitations. Léger tremblement des mains. Pas d'exophtalmie. Pas d'hypertrophie thyroïdienne.

Sensation de faiblesse fréquente, d'éblouissement. Troubles psychiques. Idées noires.

Agoraphobie ; la malade n'ose pas sortir seule dans la rue, elle tomberait si on ne la soutenait pas.

Examen gynécologique : relâchement de la sangle abdominale. Ptoses : rein droit abaissé ; relâchement du plancher périnéal ; cystocèle dépassant très légèrement, dans les efforts, le plan vulvaire. Rétroversion de l'utérus.

Traitement : pessaire de Smith et ceinture. La malade portait déjà une ceinture. On a placé le pessaire après deux ou trois séances de columnisation.

La malade a été tenue en observation pendant longtemps avec des phases d'amélioration, de complète guérison et de récurrence de temps en temps. Chez elle le prolapsus est assez bien corrigé, mais l'utérus a de la tendance à se met-

tre en position verticale et même en rétroversion par dessus le pessaire. La malade dit elle-même que tous ses troubles disparaissent dès qu'elle se sent soutenue. Son agoraphobie a disparu, mais ses éblouissements reviennent dès que sa rétroversion n'est pas parfaitement corrigée.

Dans ce cas, il est impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre la lésion gynécologique et le trouble mental. Il semble que l'on puisse éliminer le rôle de la ptose rénale, le rein étant maintenu depuis un certain temps par une ceinture tandis que ces troubles durent encore, tandis qu'ils disparaissent immédiatement après un traitement qui agit directement sur cette lésion et qui sûrement n'agit pas sur le rein.

OBSERVATION XII (résumée).

(Communiquée par M. le Dr Quincieu.)

B... Julie, vingt-huit ans, vierge.

Réglée à treize ans, régulièrement et sans douleur.

A dix-neuf ans, la malade, qui était d'une très bonne santé jusqu'à ce moment, fit une chute d'environ 2 mètres, sur le sol. La chute fut latérale, le coup porta sur la hanche. Ceci eut lieu pendant le repas. A ce moment, douleurs modérées dans le ventre et les reins, mais les premières règles qui suivirent furent douloureuses et il en fut de même à chaque période menstruelle à partir de ce moment. Douleurs extrêmement violentes à cette époque. Dans l'intervalle des règles, les douleurs étaient un peu moins intenses, toujours localisées au bas-ventre et à la région lombaire et suffisantes pour rendre très douloureuses la marche et la station debout, qui sont impossibles pendant les règles. Sensation de parésie dans la jambe droite.

Lorsque la malade est au lit, elle a l'impression que quelque chose se déplace dans son ventre et bascule en arrière et en haut. Elle est alors soulagée. A noter que la malade n'a aucune notion médicale ou même anatomique suffisante pour lui permettre de songer à un déplacement utérin et de se suggestionner ainsi.

De temps en temps, débâcles urinaires, sans rétention préalable. Les urines sont chargées en phosphates.

Après cinq ou six mois de cette situation, la malade s'alimentait mal et était en état de dénutrition ; elle présentait surtout un état mental, caractérisé par de la dépression, du découragement, une augmentation considérable de l'émotivité et un manque complet d'énergie. En somme, un état analogue à l'état neurasthénique, mais sans aucune céphalée.

Cette situation dura deux ans, pendant lesquels la malade fut examinée par environ vingt-cinq médecins. On avait accusé successivement ou simultanément le foie, quoiqu'il n'y ait jamais eu d'ictère, le rein et les organes génitaux et le toucher avait été pratiqué plusieurs fois. Ne trouvant jamais rien nulle part, tout le monde avait traité la malade de névropathe et de malade imaginaire. Son entourage l'accusait de mauvaise volonté et de paresse. Bien entendu, l'état nerveux augmentait d'autant et la malade devenait de plus en plus convaincue de son incurabilité.

Au bout de deux ans de cette situation, elle fut examinée par M. Quincieu, qui constata ce qui suit :

Utérus trop mobile, tantôt en arrière, tantôt en avant et, dans cette dernière position, gardant toujours un léger degré de latéro-déviatiôn à droite. A droite, trompe tombée en arrière. Ligaments utéro-sacrés plus ou moins rétractés, surtout à certains moments, vers le milieu de la période intermenstruelle, et ceci correspondant aux périodes de rétro-déviatiôn.

On fait du massage (effleurage) des lésions par voie rectale, une trentaine de séances. Dès les premières, il y eut

une amélioration notable et qui alla en augmentant. Le traitement de massage terminé, on plaça un anneau sous anesthésie (Hodge). Depuis ce moment, la malade n'a plus souffert, elle va et vient sans difficulté et fait actuellement un métier assez pénible. L'état général est redevenu très bon; l'état nerveux s'est amélioré dès les premières séances de massage et la malade va actuellement tout à fait bien à tous points de vue. Il y a environ six ans qu'elle est guérie et aucun accident, d'aucune sorte, ne s'est reproduit. La malade avait été dans un état qui était presque de la mélancolie anxieuse et dont on ne trouve plus de traces.

En somme, état mental dépressif, mélancolique, causé par une lésion génitale très douloureuse et ayant disparu avec cette lésion et même avant elle, quand le traitement a produit un soulagement. A noter que cet état mental a disparu bien avant l'état de dénutrition.

OBSERVATION XIII

(Personnelle. — Clinique psychiatrique. Service de
M. le professeur Pierret.

P... Ida, ménagère, trente-cinq ans, née à Schaffouse (Suisse), mariée. Habite Givors depuis son mariage.

Pas d'antécédents héréditaires à relever. Entre à l'Asile le 19 janvier 1908.

Personnellement, jamais très robuste, mais ne se rappelle aucune maladie, de caractère ordinairement gai. Maux de tête dans la jeunesse.

A été à l'école jusqu'à quinze ans. A ce moment, apprentissage de couturière, puis vient en France où elle reste sept ans comme domestique, demi-gouvernante.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement depuis et jusqu'à il y a quatre mois (se croit enceinte).

Mariée à vingt-cinq ans, pas de fausse couche. Un an et demi après le mariage, une fillette actuellement vivante, âgée de six ans ; l'enfant serait très nerveuse.

Depuis quatre ans, la malade a commencé à devenir triste, déprimée, pleurant parfois, se sentant affaiblie, aboulique, incapable d'effort, arriva peu à peu à négliger son ménage, finit par parler de suicide, sans jamais faire aucune tentative, luttant contre ses idées de suicide, à cause de ses principes religieux, quoique pensant qu'il vaudrait mieux qu'elle disparaisse, puisqu'elle était à charge à son mari.

Se plaint amèrement de sensations génitales qu'elle éprouve depuis un an environ, sensations voluptueuses, pareilles à celle du coït, qu'elle éprouve tantôt le jour, tantôt la nuit. Elle souffre du ventre, surtout dans la région de l'ovaire droit.

Pas d'alcoolisme.

Pas de constipation habituelle.

A l'entrée, malade très triste, très déprimée, se plaignant de faiblesse et d'aboulie ; se désole en pensant à son mari, à sa fille, qui vont être mal soignés, à son ménage négligé, etc.

Très inquiétée par son état génital, elle craint d'avoir du mal, se croit enceinte, demande à être visitée. Ses sensations voluptueuses la désespèrent ; elle leur attribue son état général, sa faiblesse, dit qu'elles l'épuisent, etc. De plus, elle en est très honteuse, très humiliée, dit que c'est de l'hystérie et attribue à ce mot hystérie un sens insultant, presque déshonorant. Elle est extrêmement découragée, dit qu'elle est « comme les femmes de mauvaise vie ». Le dit en baissant les yeux, toute rouge et prête à pleurer.

Le fonds mental est peu touché, la volonté est diminuée, mais l'association des idées, l'orientation, l'intelligence, la mémoire, ne sont pas atteints le moins du monde. La malade fait un délire très localisé. Idées d'indignité et fonds mélancolique basé sur des préoccupations hypocondriaques.

Au point de vue de l'état physique, on ne trouve rien au poumon, au cœur peut-être un premier bruit un peu long, rien au foie. L'estomac est dilaté, son bord inférieur descend jusqu'à l'ombilic (les dents sont très mauvaises).

Au ventre. — Douleur à la palpation au niveau de l'ovaire gauche.

Système nerveux. — Hyperesthésie généralisée, réflexes rotuliens exagérés ; pupilles réagissant normalement. Pas de tremblement de la langue et des mains.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

24 janvier 1909. — Injection de nucléinate de soude sans résultat.

3 février. — On prescrit de la noix vomique : XXV gouttes de teinture par jour.

24 février. — La malade se plaint de plus en plus des sensations sus-indiquées qui deviennent constantes jour et nuit. On prescrit deux tablettes d'iodothyridine par jour ; le 11 mars, on les supprime, la malade n'ayant pas été modifiée.

A ce moment, on pratique l'examen gynécologique, au sujet duquel on avait beaucoup hésité dans la crainte d'augmenter l'excitation et les sensations voluptueuses. On trouve une annexite à gauche et de l'œdème de tout le petit bassin, paroi et organes ; utérus petit, normalement placé, sûrement pas gravide. L'exacerbation qu'on avait crainte ne s'est pas produite.

14 mars. — On commence un traitement par le massage gynécologique. Massage de l'annexe malade et surtout de la paroi pelvienne ; soulagement dès la première séance et immédiat.

19 mars. — On note que, après chaque massage, les sensations voluptueuses qui tourmentent la malade disparaissent pendant une heure environ, mais reparaissent ensuite, comme avant le massage. Les lésions se sentent plus nettement, il y a moins d'œdème autour ; elles sont toujours très douloureuses. On fait un massage tous les

jours. Effleurage de la paroi par les culs-de-sac et mouvements de meule autour de la lésion annexielle, par le ventre. Toute la séance, avec les mouvements de gymnastique, dure à peine dix minutes.

La malade est un peu moins triste ; figure moins figée. Avoue que chez elle, les derniers temps, se laissait aller et avait mauvais caractère. Dit que, normalement avant d'être malade, elle était très gaie. Elle dit pourtant que son mari doit la mépriser et divorcera sûrement quand elle quittera l'Asile, parce qu'elle aura été « comme ça ».

Le lendemain, rit de cette idée. L'état mental s'améliore décidément, localement est moins sensible.

Depuis ce moment la malade a, pendant quelques jours, des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Ceux-ci coïncidant nettement avec les jours où, pour une raison ou pour une autre, on avait sauté le massage, la privant ainsi de sa rémission accoutumée.

Puis, lorsqu'elle constate que son état reste le même, que la rémission de chaque jour garde la même durée, que les sensations génitales reviennent toujours, elle se déprime à nouveau. Etant donné la répercussion de l'amélioration locale sur l'état mental, on continue à tenter des soins, on essaye des tamponnements glycerinés, sans plus de succès.

14 avril. — On note que la malade, qui avait repris courage en constatant un soulagement après chaque massage, le perd en constatant que ce soulagement garde toujours la même durée, au lieu de se prolonger de plus en plus. Depuis une huitaine de jours, elle parle de nouveau de suicide, dit qu'elle voudrait revoir son mari et sa fille et mourir.

18 avril. — On reprend le massage après quelques jours d'interruption. La malade est toujours convaincue qu'elle est incurable. On travaille le nerf honteux interne, le long de la branche ischio-pubienne et sur l'ischion. Les tissus sont mous et le col ouvert, comme si la malade préparait

ses règles. A cause de cela, on ne met pas de tampon.

La malade est convaincue que, si ses règles revenaient, elle guérirait. Elle reparle de ses préoccupations et a l'idée fixe du départ « puisqu'elle ne peut pas guérir ».

On essaye pendant quelques jours, à partir du 28 avril, pour amener les règles, des douches lombaires et sans résultat. Notons que la malade a toujours été très docile et s'est prêtée docilement à tous les traitements tentés.

Sort de l'Asile le 8 mai 1908.

Plus tard, nous avons appris son suicide, survenu environ un mois après sa sortie. La malade s'est pendue.

En somme, dans le cas particulier, la lésion et les phénomènes génitaux ont joué un rôle considérable dans la production et l'orientation du délire. Quelle est sa part dans la genèse de cet état? Il faudrait savoir exactement la date du début de la lésion. On n'a pas là-dessus de renseignements précis. Seulement, dans toute l'histoire de la malade, on ne trouve aucun fait morbide pouvant avoir donné naissance à cette lésion ; pas d'infection locale, pas de maladie infectieuse générale permettant de supposer une localisation. De plus, la malade n'a pas de bacillose, même latente. La seule chose qu'on puisse incriminer est l'unique événement génital de sa vie: l'accouchement, dont nous ignorons les conditions. Il devient probable que l'annexite date de cette époque, c'est-à-dire de six ans. Les troubles mentaux datent de quatre. Ce n'est qu'une hypothèse, mais plausible. Dans ce cas, la responsabilité de cette légère lésion serait grave. Et, dans le cas contraire, il n'en est pas moins certain que la lésion a exercé sur l'intensité et l'orientation des idées délirantes, une influence très nette et très considérable.

CHAPITRE IV

En dehors des observations qui précèdent, nous citerons encore quelques cas que nous avons eu l'occasion de voir, mais dont nous n'avons pu retrouver l'observation complète. Nous nous rappelons très bien, entre autres, une fille d'environ trente-cinq ans, vierge, ayant subi une castration nécessitée par une tumeur des deux ovaires et qui, à la suite de cette ménopause anticipée et artificielle, fit des troubles assez graves de neurasthénie avec obésité.

Nous connaissons personnellement aussi, une jeune fille, qui eut vers vingt-cinq ans une ovarite ourlienne. Elle était nerveuse et avait fait, quelques années auparavant, de la neurasthénie à la suite de surmenage et de chagrin (perte de fortune et mort de parents). A la suite de cette lésion, sans qu'elle ait eu d'état général très grave, elle songea à ses conséquences possibles. Elle savait que les localisations génitales des oreillons amènent souvent la stérilité surtout chez l'adulte. Elle avait, toute sa vie, quand il lui était arrivé de penser au mariage, songé surtout à la maternité. L'idée de la stérilité possible la préoccupe tou-

jours, après plusieurs années et elle avoue qu'une maternité seule pourrait la rassurer. Elle doit à cet accident un certain nombre d'accès de dépression. Ce n'est certainement pas la seule idée pénible qui la préoccupe, mais elle dit que celle-ci compte pour une assez forte proportion. Elle est orpheline, sans famille étroite et cela s'ajoute à la tristesse de son isolement, le lui faisant considérer comme irrémédiable, car elle pense que l'aveu de cette chance de stérilité éloignera d'elle tous ceux qui pourraient l'épouser.

Si nous étudions les observations que nous venons de rapporter, nous constatons dès le début que l'influence de la lésion gynécologique sur l'état mental est essentiellement variable. Dans les premières observations que nous rapportons, en effet les deux processus paraissent parfaitement indépendants. Nous ne parlons pas de la première que nous rapportons surtout pour rappeler les dangers de la castration chez les prédisposés. Mais dans les observations II, III et IV, il est impossible d'établir un lien entre les deux ordres de lésions. Dans l'observation V, l'annexite n'a la valeur au point de vue somatique que d'une localisation tuberculeuse, au point de vue mental d'une localisation insignifiante d'un délire constitué longtemps avant son apparition, dont les autres manifestations ne diminuent pas et qui semblent dues à des causes morales et aux toxines tuberculeuses.

Dans l'observation VI, où il s'agit d'un fibrome, sans vouloir nier la possibilité d'une période de latence possible de la tumeur, il nous est bien difficile de ne pas remarquer que pour admettre l'action de

cette tumeur, il faudrait supposer bien longue la période de latence. D'autre part, il n'y a pas d'inquiétudes génitales et l'orientation du délire n'a rien de spécial. Là encore, il est probable que les deux ordres de troubles sont indépendants.

Chez les autres, le rôle de la lésion apparaît, quoique différent dans les divers cas. Dans l'observation VII, s'il n'est pas absolument déterminant, il joue cependant un rôle indirect, en favorisant peut-être la fausse couche, sur laquelle la malade a déliré, et probablement la stérilité antérieure.

Dans l'observation VIII, même rôle adjuvant et influence considérable sur l'orientation primitive du délire. Toutefois, il faut faire intervenir beaucoup d'autres facteurs et ne pas oublier que depuis longtemps la malade était une déséquilibrée.

Chez toutes les autres malades, le rôle de la lésion gynécologique est absolument déterminant et surabondamment prouvé par les résultats thérapeutiques, même lorsqu'ils sont incomplets comme dans l'observation XIII et, chez cette malade, il est permis de supposer qu'un traitement fait au début des troubles qui l'ont conduite au suicide, l'aurait peut-être guérie.

Dans les observations XI et XII, la présence d'une autre lésion, persistant après la guérison de l'état gynécologique, sans amener de troubles mentaux, vient encore affirmer l'importance de celui-ci.

Il est donc impossible de nier, tant les cas positifs que les cas négatifs. Il resterait à déterminer une question de proportions que nous ne voulons pas tenter de résoudre, étant donné le nombre de nos

observations, insuffisant pour essayer d'établir une statistique.

Nous ferons remarquer que toutes les fois que les lésions ont eu une influence sur le développement de l'état mental elles ont donné des troubles locaux appréciables, ayant amené l'examen. Le seul cas où l'examen a été fait par hasard et sans que la malade se plaigne est absolument négatif, ce qui ne signifie pas qu'il paraisse tout d'abord en rapport avec le délire et qu'il l'ait orienté.

En effet, nous constatons que, même dans les cas les plus positifs, les idées délirantes peuvent n'avoir aucun rapport apparent avec les lésions, par exemple dans l'observation XI, où on ne peut certainement pas considérer l'agoraphobie comme une inquiétude génitale. Pourtant, il n'en faut pas conclure que la lésion génitale n'ait aucune influence sur l'orientation des idées délirantes. En effet, dans la plupart des cas, et nous nous permettrons de rappeler, en plus de nos observations, le cas d'ovarite ourlienne dont nous parlions plus haut. La lésion génitale est vraiment, soit directement, soit par les inquiétudes qu'elle provoque (craintes de la stérilité, idées d'indignité, idées de persécution), le point de départ des troubles mentaux. De plus, on peut remarquer que toutes ces malades sont des déprimées et font du délire triste (préoccupations hypocondriaques, idées d'indignité, idées de persécution, ou simple dépression, comme dans l'observation XI, avec l'agoraphobie). De toutes les malades dont nous rapportons l'observation, trois seulement font de l'excitation soit constante, soit

périodique. Chez celles-ci, le rôle de la lésion gynécologique est nettement nul (observations III, IV et VI). Les sensations génitales déplaisent et provoquent de la honte, quand elles existent. La douleur crée de l'inquiétude ou de l'angoisse ; les troubles fonctionnels préoccupent les malades, qui souvent se demandent quel sera l'aboutissant de ces troubles, parfois d'autant plus inquiétants pour elles que peu précis. Ces malades sont parfois nerveuses, irritables, mais non vraiment excitées. Il faut faire exception pour quelques malades, présentant un état gynécologique aigu et dont parle Picqué. Là, on peut souvent incriminer la fièvre et la suppuration, on ne peut incriminer exclusivement à ce point de vue la prédisposition des malades, car les malades atteintes de lésions d'autres organes font peut-être moins facilement de tels états.

Nous devons nous demander maintenant comment agissent ces lésions, lorsqu'elles agissent. Nous ne voulons pas discuter longuement la théorie pathogénique, mais simplement rappeler les théories émises.

Troubles circulatoires (congestions, stases sanguines) ; modification des sécrétions internes ; intoxications par les microbes, dans les lésions infectieuses ; troubles nerveux, action sur le système sympathique et le système cérébro-spinal, fatigue nerveuse créée par la douleur ou le mauvais fonctionnement, troubles statiques, ont été successivement invoqués.

A notre avis, il semble évident que ces différents facteurs entrent probablement tous en jeu et cela dans des proportions variables, suivant les lésions et les individus, et se combinant de façons diverses. On com-

prend que des nerfs, plongés dans un tissu cellulaire plus ou moins congestionné ou œdédié, irrités par le contact de toxines microbiennes, doivent fonctionner d'une manière anormale, d'où troubles de la sensibilité générale ou spéciale et modifications du fonctionnement des centres nerveux correspondants. D'autre part, des modifications du système nerveux doivent amener des troubles vaso-moteurs, une irrigation déficiente et par suite de la modification du chimisme. Les ptoses et les déplacements sont une cause considérable de troubles circulatoires. Enfin, il faut compter comme cause adjuvante, soit avec l'auto-suggestion que provoque la lésion, soit avec la suggestion venue des commentaires d'un entourage ignorant et maladroit.

Mais, sauf ce dernier facteur, l'impression produite sur les malades par l'opinion de leur entourage, on peut admettre étant donné l'importance du rôle joué, dans les cas dont nous parlons, par les éléments douleurs et troubles fonctionnels, que la sensibilité interne a une importance prépondérante et que le point de départ de tout le désordre est constitué par les troubles de la cénesthésie, soit consciente et précise, comme dans les cas de douleur nette, soit plus vague, comme lorsqu'il s'agit de malaises mal déterminés.

Ceci explique l'importance de simples déplacements, donnant des impressions de pesanteur, dues à des congestions provenant d'une circulation déficiente, dans des vaisseaux souvent comprimés par le tiraillement ou la torsion légère des ligaments : sensations de compression, de corps mobiles, dans les cas où il s'agit en effet de mobilité anormale ; parfois encore de sensa-

tions beaucoup plus vagues chez les malades dont la sensibilité est peu développée ou qui s'analysent mal. C'est à des troubles de ce genre, à la fois nerveux et circulatoires, qu'on doit, à ce qu'il semble, attribuer les sensations voluptueuses, rapportées dans l'observation XIII. D'ailleurs, ces troubles de la sensibilité peuvent être peu conscients et provoquer des réactions psychiques qui, au premier coup d'œil, ne paraissent guère en rapport avec eux : telle l'agoraphobie, dont nous avons parlé. Nous devons faire remarquer que les troubles congestifs (éblouissements), qui accompagnent l'agoraphobie se reproduisent quand une partie des lésions revient.

Tout ceci explique, à notre avis, l'indépendance complète que l'on constate entre la gravité des états gynécologiques et celle des troubles nerveux. En effet, chez l'une de nos malades, un fibrome n'a aucune répercussion sur l'état mental, tandis que chez d'autres, des lésions insignifiantes, plutôt statiques qu'inflammatoires, donnent des troubles considérables. Par exemple, un fibrome peu volumineux, et ne comprimant rien, mettant en danger la vie de la malade, par la menace toujours possible d'une hémorragie et ne la faisant pas souffrir, passera inaperçu jusqu'à la première hémorragie grave, qui peut tarder, la malade mettant sur le compte de la ménopause, d'une fatigue ou de toute autre cause, une augmentation de durée et d'abondance, parfois peu considérable et graduelle de ses règles. Au contraire, un utérus rétroversé, pesant sur le rectum et les nerfs de la région, ou anormalement mobile, une annexe prolabée dans le cul-de-sac

postérieur et comprimée à chaque défécation, par le passage du bol fécal, tiraillant sur son appareil suspenseur, donnera des douleurs souvent violentes et inquiétera davantage les malades. L'infiltration œdémateuse des organes du petit bassin rendra toute la région douloureuse et jouera un rôle parfois grave. La sensation de douleur n'est d'ailleurs pas la seule sensation cénesthésique qui puisse jouer un rôle causal ; les troubles de la statique, ptoses ou déplacements, suffisent parfois à donner des sensations de chute des organes, de plénitude ou de vacuité abdominale, de pesanteur ou de tiraillement, qui suffisent, chez les sujets très prédisposés, à donner parfois des troubles nerveux assez notables. Nous rappelons un certain nombre de cas de ce genre, rencontrés dans les services de gynécologie. Il ne faut pas exagérer le rôle de la suggestion qui, s'il doit être admis sans hésitation, dans certains cas où la malade construit un délire parfois considérable sur une lésion connue d'elle, du jour où cette lésion est diagnostiquée, comme la malade de l'observation VIII, il est des cas où on ne peut raisonnablement pas l'accepter. Il est certain que ce n'est pas l'idée de sa lésion gynécologique qui a fait imaginer à la malade de l'observation XI son agoraphobie. D'ailleurs, même pour la malade précédente, le diagnostic de rétroversion a été fait chez une malade qui souffrait depuis longtemps et le diagnostic a surtout précisé les préoccupations primitives.

Ici, nous devons répondre à une objection souvent présentée. Certains médecins aliénistes hésitent à faire le toucher vaginal chez leurs malades, dans la crainte de pro-

voquer de l'excitation locale ou générale. Nous avons pratiqué souvent l'examen gynécologique dans notre service, sur l'ordre ou avec l'autorisation de nos chefs de service, nous n'avons jamais constaté d'excitation intense ou durable, sauf dans un seul cas, nous pourrions même dire que nous n'avons jamais provoqué d'excitation ; encore, dans le cas particulier, celle-ci disparut en quarante-huit heures environ et fut légère. Nous rappellerons le cas de l'observation XIII, où il existait des sensations génitales et où l'examen que nous avions hésité à faire, à cause de cela, non seulement n'en provoqua aucune, mais n'empêcha pas un soulagement immédiat par le massage. Nous ne croyons donc pas qu'il y ait un inconvénient sérieux à pratiquer l'examen, lorsque l'attention est attirée du côté de l'appareil génital.

Devant ces faits, à quelles indications thérapeutiques doit-on conclure ? Il est certain que les cas sont essentiellement variables et que le traitement doit l'être aussi.

En présence d'une lésion gynécologique certaine, il nous paraît qu'on doive se guider avant tout sur l'indication gynécologique. Pourtant l'état mental garde son importance et peut, dans une certaine mesure, modifier la thérapeutique. Pour les cas où la lésion utéro-annexielle paraît relever d'un traitement non chirurgical, massages, tamponnements, injections, le peu d'inconvénients de ces procédés, les excellents résultats obtenus dans certains cas, tout doit faire résoudre la question par l'affirmative, toutes les fois que la maladie n'oppose pas de résistance sérieuse au

traitement et même, croyons-nous, dans les cas d'infection relativement intense, des injections peuvent être données malgré la maladie. Dans les cas où l'indication se pose d'un traitement chirurgical, la question devient plus complexe. Il est bien évident que, s'il s'agit par exemple d'une poche de pus, il faut l'ouvrir, l'indication est précise et l'opération pas spécialement longue et dangereuse. On peut admettre à la rigueur des opérations ayant pour but de fixer les organes, lorsque des déplacements, exceptionnellement difficiles à maintenir réduits, et dont la réduction amène des succès, d'ordre mental ou général, indiquent cette intervention. Encore ne faudrait-il le faire, à notre avis, qu'à bon escient ; on sait en effet, quelle est, chez les nerveux et chez les aliénés, la gravité possible du choc opératoire et parfois d'une simple anesthésie, celle plus certaine encore des hémorragies capables d'aggraver ou même de déterminer à elles seules des troubles mentaux ; or, toute opération un peu sérieuse comporte ces trois facteurs à un certain degré. Nous savons bien que chez certains aliénés, la sensibilité est émoussée au point de permettre de petites opérations sans anesthésie, mais ce n'est là ni une règle qu'on puisse généraliser, ni un état assez marqué pour qu'on puisse jamais l'utiliser pour des opérations d'une certaine durée. De plus, chez les simples nerveux, c'est plutôt le phénomène contraire qui se produit, où on a très souvent affaire à des malades dont la sensibilité physique et morale est augmentée. Il faut donc, chez ces individus, être très prudent en matière d'opération et il semble bien qu'il ne faille intervenir que quand on a réellement lieu de compter

sur une amélioration considérable et à peu près certaine, ou dans les cas d'urgence. D'ailleurs, l'état mental comporte certaines indications ou contre-indications ; il n'arrive guère qu'on opère une paralytique générale confirmée, condamnée à un délai relativement bref ou une démente sénile très avancée et affaiblie à tous points de vue. Certains médecins et chirurgiens hésitent encore, chez les malades considérées comme nettement incurables au point de vue mental, telles que les persécutées systématiques avérées, tandis qu'il est bien difficile de refuser le bénéfice d'une intervention à des malades considérées comme susceptibles d'une guérison mentale et qu'on espère voir reprendre un jour leur place dans le monde et leur rôle social. Pourtant même chez ces malades, lorsqu'il n'y a pas urgence et que le rôle causal de l'état gynécologique relativement à l'état mental n'est pas très prouvé, certains médecins préfèrent attendre, pour intervenir, la guérison mentale.

D'ailleurs, dans tous ces cas, il est une sorte d'opérations dont il nous semble raisonnable de se défier plus que de toutes les autres : ce sont les ablations des organes génitaux, utérus ou annexes, surtout lorsque les deux annexes identiques doivent être enlevées. On connaît, en effet, les troubles mentaux provoqués souvent chez des malades normales ou simplement nerveuses, par la castration. Il s'agit là, en effet, de la suppression d'une fonction importante, suppression prématurée et non préparée par l'évolution physiologique. De plus, la sécrétion interne de l'ovaire, que la ménopause normale ne supprime peut-être pas

complètement, est dans ce cas brusquement et totalement détruite. Cela représente une grave modification de l'organisme. Enfin, certaines femmes, même de celles qui ne désirent pas éperdûment un enfant, ou qui en ont déjà, supportent mal l'idée d'une stérilité définitive, même quand il ne faut pas compter avec le désir de maternité, plus fréquent et plus intense qu'on ne le croit chez la majorité des femmes. Beaucoup d'entre elles considèrent la perte de la fonction sexuelle comme une déchéance, éprouvent une sorte d'humiliation parfois très profonde et, si leur vie conjugale n'est pas terminée, deviennent jalouses, s'imaginant qu'elles sont pour leur mari un objet de répulsion et de dégoût. Tous les délires peuvent venir se greffer sur ces idées primitives. Nous rapportons ici un seul cas de castration, chez une femme qui, au moment où cette opération fut pratiquée, n'était pas délirante ; nous ne le citons d'ailleurs que pour mémoire, les faits analogues étant depuis longtemps de notoriété publique et arrivés à la banalité. Or, s'il est reconnu qu'il faut éviter la castration, même chez les femmes saines d'esprit, dont elle peut faire des nerveuses et des mentales, il semble évident qu'elle doive être encore plus redoutée chez celles qui sont déjà touchées à ce double point de vue.

Dans un certain nombre de cas l'état mental eut été modifié profondément par le traitement de la lésion gynécologique. Faut-il en conclure qu'il en est toujours ainsi et que, chez toutes les mentales gynécologiques, le traitement de la lésion pelvienne donnera des résultats appréciables ? Evidemment non. Et d'abord il est des cas, tout aussi avérés que ceux dans lesquels il existe une

relation de cause à effet, où les deux lésions évoluent d'une façon tout à fait indépendante et où ce traitement ne donne rien. Dans d'autres cas, l'état mental est ancien, la lésion a eu un rôle adjuvant net, mais seulement adjuvant, et on ne peut prévoir les résultats, très variables, qui seront obtenus. Ils peuvent être nuls ou très bons, suivant les cas.

Dans certains cas où le traitement gynécologique indiqué est la castration, il convient de s'en méfier, étant donné les conséquences souvent graves de celle-ci. Mais lorsqu'on se trouve en présence de certaines indications précises telles que poches purulentes, etc., nous pensons qu'il faut intervenir sans hésiter.

En tout cas, nous n'avons jamais vu l'examen gynécologique provoquer chez nos malades des troubles mentaux durables ou sérieux, et nous pensons qu'il n'y a jamais danger à le pratiquer et qu'il peut y avoir de grands avantages à le faire toutes les fois que l'attention du clinicien est attirée sur les organes génitaux même par des symptômes en apparence peu graves.

Toutes les fois qu'un traitement local non chirurgical est indiqué : injections, massage, tamponnements, nous croyons qu'il faut le faire autant que l'état de la malade le laisse possible. Il est bien évident que certains traitements seront impossibles chez des malades qui résistent, par exemple. Il faudra attendre de ce traitement des résultats variables, selon les cas, mais ne jamais le négliger, car on peut avoir des surprises.

Si le traitement chirurgical est indiqué, il faudra, croyons-nous, éviter autant que possible la suppression d'organes, surtout double.

CONCLUSIONS

I. — L'influence des états gynécologiques chroniques sur les états mentaux est essentiellement variable, et peut aller d'une influence déterminante à une indépendance complète. Telle qu'elle est, il faut toujours y penser et, le cas échéant, en tenir compte.

II. — L'examen gynécologique chez les femmes atteintes d'états mentaux n'offre pas d'inconvénients sérieux et doit être pratiqué dès qu'un symptôme, même sans gravité apparente, attire l'attention du médecin sur l'appareil génital.

III. — La gravité de l'état mental ne dépend en aucune façon de la gravité de l'état gynécologique, mais est commandée par les modifications de la cénesthésie : douleurs, sensations anormales de déplacement, de pesanteur, sensations génitales, etc.

IV. — Le traitement des lésions gynécologiques a une action variable, qui peut être absolument nulle, mais qui peut aussi donner des résultats très appréciables. Il y a donc lieu de le tenter toutes les fois que

l'état gynécologique l'indique, mais en cherchant, autant que possible, à faire un traitement non opératoire et surtout à éviter les ablations d'organes et la castration.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 juillet 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1883.
- BALLET (G.), *Traité de Pathologie mentale*.
- BEARD, *Neurasthénie*.
- BATUAUD, *Neurasthénie génitale féminine*, 1906.
- BOUSSI, *Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines* (thèse de Paris, 1880).
- ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838.
- FOURCAULD, *Etude sur les troubles nerveux consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien* (*Annales de gynécologie*, octobre 1879, t. XII).
- GRENSER, *Névrose respiratoire liée à une affection utérine*.
- GUISLAIN, *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, 1825.
- HENRY (W. O.), *Jusqu'à quel point le gynécologiste peut-il prévenir et traiter la folie chez les femmes* (*Journal of the American Association*, 23 mars 1907).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité de gynécologie*.
- LUYS, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881.
- MARTIN, *Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire*.
- PICQUÉ, *Les affections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en médecine mentale. La folie viscérale* (*Revue psychologique*, 1905, vol. IX).
- PICQUÉ et DAGONET, *Chirurgie des aliénés*, 1901-1903.
- RÉGIS, *Précis de psychiatrie*.
- SIREDEY, *Neurasthénie utérine* (*Journal de médecine et de chirurgie*, 1897).
- *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*, Article MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

SOULEYRE, *Neurasthénie et génitopathies féminines* (thèse de Paris, 1898).

VOISIN, *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*, 1883.

— *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.

WIGSWORTH, *The Journal of Mental Science*, 1884-1885.

